

## **Perspectives en prévention et thérapeutique odontologiques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle**

### **Orientation nouvelle de l'exercice du praticien odontostomatologiste**

Louis-Frédéric JACQUELIN\*, Claude SÉVERIN\*\*  
Communication présentée par L.-F. JACQUELIN

Je souhaite vous livrer mes réflexions sur une profession que je pratique depuis maintenant une vingtaine d'années, en tant que praticien libéral (pendant 15 ans), en tant qu'enseignant hospitalo-universitaire (depuis 14 ans), enfin comme responsable de la pédagogie et chargé des relations de ma composante avec l'Université.

Il est désormais commun de constater que nous vivons actuellement une période de mutation extraordinaire. Nouvelles connaissances, découvertes ou inventions transformeront à terme radicalement notre façon de vivre, et plus encore, demain, celle de nos enfants. L'émergence des techniques numériques de communications permet à tous de voir, d'entendre, de lire, en un mot de vivre ces changements en temps réel.

C'est notre privilège, mais c'est aussi de notre responsabilité, à nous, professionnels de la santé, d'accompagner ou même de stimuler cette marche vers le bien-être des individus et vers un niveau sanitaire le plus élevé possible pour les populations.

Dois-je rappeler que, dans notre domaine bucco-dentaire, ces trente dernières années ont propulsé notre profession du statut d'école professionnelle d'application de l'art et de la technique dentaires, à celui de discipline universitaire à part entière, où le geste thérapeutique local ne peut plus se concevoir sans une analyse raisonnée globale de l'état de santé de l'individu ?

Certes, ce sont les données acquises de la science et une recherche scientifique de haut niveau qui sont génératrices des progrès de la santé. Mais ceux-ci ne peuvent être significatifs que s'il y a conjonction des efforts entre enseignants-chercheurs, praticiens hospitaliers et libéraux, monde industriel et décideurs politiques.

Bien entendu, cette conjonction des efforts doit être une réalité positivement vécue par chacun des partenaires. Il faut bien avouer qu'actuellement, en particulier en

\* Professeur à la faculté de chirurgie dentaire de Reims.

\*\* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

France, la partition conduit à quelques dissonances, car tous les musiciens ne sont pas au même tempo.

J'évoquais tout à l'heure la rapidité et l'universalité de la transmission des informations et des messages. Les nouveaux médias, fondés sur le réseau mondial, court-circuitent la médiation. J'entends ce mot au sens de l'intervention d'un tiers qui va élaborer une réflexion de synthèse sur l'événement. Plus directement, je dirais que le danger est désormais patent de valider par une large diffusion des idées avant même qu'une analyse critique ait pu en être faite par des experts.

L'évaluation est un prérequis incontournable. C'est l'outil indispensable pour conduire le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques, en particulier dans l'enseignement supérieur et la recherche. Cette évaluation comporte deux aspects : l'un, scientifique, est plutôt un outil de régulation interne à la communauté scientifique ; l'autre, stratégique, s'intéresse plus spécifiquement aux programmes, aux procédures, aux institutions en termes de résultats, d'impact d'un programme, et de l'adéquation entre les performances des acteurs et les objectifs prédéfinis.

Notre culture nationale, nos habitudes ont longtemps freiné le développement du processus d'évaluation plutôt vécu comme une action coercitive de contrôle alors qu'elle ne doit être que le catalyseur de recommandations raisonnées et raisonnables.

De ce changement, que nous constatons depuis plusieurs années et qui transforme l'exercice du chirurgien dentiste, nous pouvons donner quelques exemples qui, tous, s'inscrivent dans la thématique générale "prévention et amélioration de la santé bucco-dentaire".

#### **Premier exemple : la politique de fluoruration**

Il est désormais admis que les fluorures, à la dose optimale de 0,05 mg/kg/jour, ont une vertu carioprotectrice indéniable. Depuis 1987, la France a choisi de privilégier la fluoruration du sel de table.

Les fluorures se rencontrent non seulement dans l'alimentation, mais également dans les bains de bouche, les comprimés, les vernis, certains matériaux d'obturation, et surtout dans un produit fort banalisé : le dentifrice. Or, il est prouvé que l'enfant jeune ingère journallement une quantité de dentifrice qui lui garantit une fluoruration endogène optimale. Comment, alors, attribuer à telle ou telle forme galénique sa réelle efficacité ?

Je ne saurais répondre, mais je constate une augmentation croissante des taches de fluorose chez les enfants, dont les parents se sont montrés particulièrement attentifs aux conseils de leur praticien, et qui, à leur insu, ont multiplié les sources de supplémentation en fluorures.

Ne me faites pas dire, pour autant, que l'apport de fluorures est dangereux, il faut simplement l'adapter, le personnaliser, comme nous avons coutume de le faire pour toute substance médicamenteuse. Je pose simplement la question : quand sera-t-il procédé à une réévaluation du bien-fondé de la commercialisation de sel fluoruré ? À quand une conférence nationale de consensus sur la prophylaxie par les fluorures ?

#### **Deuxième exemple : le plateau technique du cabinet dentaire**

L'apparition et la connaissance de nouvelles pathologies et d'agents pathogènes conduisent les professionnels à s'équiper lourdement en outils performants d'hygiène et d'asepsie. Des chaînes de stérilisation de plus en plus sophistiquées équipent maintenant les cabinets dentaires.

Cette action, liée aux progrès des connaissances en biologie et pathologie, est tout à fait opportune. Le respect de la chaîne d'asepsie induit de nouveaux réflexes ergonomiques et bouleverse désormais les habitudes de travail des praticiens. Ces coûts d'équipement et de fonctionnement sont très insuffisamment pris en compte.

Je me rappelle pourtant avoir participé, l'an dernier, à un groupe de travail qui, sous la houlette de la Caisse nationale d'assurance maladie, avait pour mission de réactualiser la nomenclature des actes professionnels. Nous avons abouti, après un an de travail, à la définition et à la hiérarchisation de 365 actes, prenant en compte l'acte intellectuel, la difficulté technique, la durée de chaque intervention, hors plateau technique.

Un an plus tard, ce travail n'a donné lieu à aucune avancée significative, ni dans la prise en compte de ce fameux plateau technique, encore moins dans une meilleure appréciation des actes de prévention, ou de dentisterie non invasive, voire des soins de parodontologie.

J'insiste tout particulièrement sur ces disciplines, car est-il normal qu'en l'an 2000 notre travail soit encore rémunéré en fonction de pathologies existantes, et non pour les prévenir ? Est-il logique que les disciplines considérées à tort comme moins nobles (odontologie restauratrice, endodontie, parodontie, pédodontie) soient systématiquement dévalorisées ?

#### **Troisième exemple : l'informatisation des cabinets dentaires**

Les fichiers numériques représentent un progrès certain, en ce sens qu'ils permettent une rationalisation des dossiers des patients, imagerie comprise.

Dans ce contexte, la carte Vitale devrait être un élément pivot du contrôle et du suivi de chaque patient. Cette carte, qui veut à la fois être un outil administratif et un livret de santé, pêche à mes yeux dans les deux volets.

En effet, le patient peut, à sa demande, faire enlever ou refuser de faire figurer sur son dossier médical mémorisé par la carte, tout ou partie de ses antécédents

médicaux. Un diagnostic peut ainsi être très largement biaisé ; une pathologie grave peut également être totalement méconnue.

L'impréparation technique a également abouti à une mise en place coûteuse, lente, et occultant de nombreux problèmes : lecteurs peu fiables, carte unique pour toute une famille, bornes d'actualisation peu nombreuses et perfectibles, et un investissement laissé à la charge des praticiens.

Là aussi, je regrette que "l'effet d'annonce" de la carte ait anticipé l'évaluation, forcément longue, de cette révolution technique et culturelle, dont je reconnais par ailleurs le bien-fondé.

#### **Quatrième exemple : la CMU**

La couverture médicale universelle peut être logiquement considérée comme une avancée sociale. Tout individu, le plus démuné soit-il, bénéficie de l'accès aux services de santé.

Cependant, la gratuité des soins ne peut pas être une fin en soi, car elle est génératrice de déresponsabilisation du patient. Si l'accès à des soins bucco-dentaires de qualité est un acquis social admis par tous, droits et devoirs vont toujours de pair tant pour le patient que pour son thérapeute. Soigner sans éduquer et accompagner le patient dans le long terme, c'est privilégier l'aspect médical en laissant sur le bord du chemin la dimension humaine de notre métier, c'est privilégier, là encore, le curatif en négligeant le préventif.

#### **Cinquième exemple : le bilan bucco-dentaire (BBD)**

Permettre aux enfants de 6 à 14 ans d'avoir un bilan gratuit annuel ainsi qu'une prise en charge conséquente des soins, est un élément intéressant. Il le sera d'autant plus que les jeunes, devenus adultes, conserveront cet état d'esprit vis-à-vis de la prévention.

Mais il serait temps de se rappeler que la prévention n'a de sens que si elle se prolonge pendant toute la vie, en s'adaptant à la maturité de l'individu. Faute de cette prise de conscience, l'effort porté sur les jeunes perdra de son efficacité chez les adultes qu'ils seront.

Peut-être que là aussi il serait opportun d'introduire une incitation (contrainte) qui conduise (oblige) le patient à un suivi régulier.

#### **Sixième exemple : les indices de santé bucco-dentaire**

Après avoir connu une période difficile pendant les trente glorieuses, la santé bucco-dentaire s'améliore dans la plupart des pays industrialisés. Le taux moyen de caries chez l'enfant diminue et les adultes gardent leurs dents naturelles plus longtemps. Mais ce constat optimiste masque le fait que, si la proportion d'enfants

indemnes de carie augmente régulièrement, celle des enfants polycariés des milieux défavorisés suit une courbe ascendante. Paradoxal ? Non, c'est simplement le reflet du gouffre qui sépare désormais les populations aisées prévento-conscientes de la frange de population qui se trouve exclue à la fois économiquement et socialement.

Je n'aurais jamais pensé que, dans l'exercice urbain tout particulièrement, le syndrome du biberon (polycaries du très jeune enfant) connaîtrait un tel développement de nos jours. Le manque d'éducation, d'informations, de moyens, l'éclatement des noyaux familiaux sont à la base de comportements alimentaires aberrants que les jeunes enfants subissent dès le plus jeune âge, et qui conduisent leurs parents à un édentement précoce. Cette spirale infernale conduit à des traitements lourds et coûteux, tant pour l'individu que pour la collectivité qui les prend en charge.

Au-delà d'une couverture médicale universelle, c'est l'assistance sociale qu'il convient de revoir dans ses missions et dans ses moyens.

### **Pratique dentaire dans le nouveau millénaire**

L'évolution de l'état de santé bucco-dentaire conditionnera la nature de la pratique dentaire ainsi que la formation des praticiens.

Logiquement, la restauration de lésions carieuses ne devrait plus être le pain quotidien de l'odontologiste. Cependant, la carie continuera à être observée chez les adultes plus âgés (asialie, diminution fonctionnelle) chez lesquels, dans la logique d'un allongement significatif de l'espérance de vie, il conviendra de pérenniser les principes de prévention. La sénescence des tissus durs et mous est une voie d'investigation très méconnue, et la gérodonologie est une science d'avenir.

Dans cette même optique, la parodontologie a également un grand avenir, non seulement dans le cadre du dépistage précoce des maladies parodontales, mais aussi pour accompagner toute la vie l'organe dentaire dans son environnement buccal. Le développement de tests prédictifs visant à identifier les patients susceptibles de développer des parodontopathies est actuellement en cours. Une meilleure connaissance de la plaque dentaire conduira également à une approche plus ciblée, plus individualisée, du traitement chimique ou mécanique de la pathologie parodontale.

Logiquement, la demande en soins endodontiques devrait diminuer, voire même changer d'objectif : la préservation ou la cicatrisation d'un tissu pulpaire prendront le pas sur l'ablation pure et simple de ce tissu vivant. La réhabilitation prothétique adjointe marquera également le pas au profit de techniques de plus en plus sophistiquées de prothèses fixées, et d'implantologie.

Mais il ne suffira pas de prévenir la maladie carieuse et de préserver l'intégrité des dents. Il faut se rappeler que la dent n'a de signification que par rapport au système manducateur dont elle fait partie.

L'omnipraticque doit également avoir comme objectif le dépistage et la prévention, dès le plus jeune âge, des anomalies d'occlusion au stade de la denture temporaire,

dans la perspective d'alléger ou d'éviter les traitements d'orthodontie à l'adolescence. Le praticien sera à la croisée des chemins des grandes fonctions. Au-delà de la manducation, c'est-à-dire des fonctions qui concourent au boire et au manger, la ventilation, encore très méconnue de notre spécialité, sera un sujet de recherche prioritaire, en ce sens qu'elle conditionne l'environnement et la croissance cranio-faciale.

Le rôle de l'omnipraticien dans le dépistage des pathologies buccales (tumeurs bénignes et malignes) n'est plus à démontrer, et devra être considéré comme primordial.

Le praticien saura de mieux en mieux apprécier l'état de santé de son patient, les répercussions buccales possibles de maladies générales, mais également les répercussions potentielles des traitements dento-parodontaux sur un organisme malade.

J'ai évoqué, en début d'exposé, la notion de bien-être. Un travail de recherche, à mes yeux fort important, est en cours sur la mise au point d'une échelle d'évaluation de la qualité de vie bucco-dentaire, adaptée à notre sensibilité européenne et latine.

Et c'est l'occasion pour moi de poser une question fondamentale, puisque, pour paraphraser le professeur Jean Bernard, "*c'est de l'homme qu'il s'agit*" : notre rôle est-il de donner au patient les soins selon les strictes règles de l'art, ou, plus humblement, de répondre à ses véritables attentes ? Il n'est pas logique d'engager des soins longs, contraignants, coûteux, qui ne correspondraient pas à la volonté de notre patient et à la manière dont il conçoit son bien-être.

Cela sous-entend que l'interrogatoire du patient doit dépasser l'anamnèse médicale et prendre en compte ses véritables besoins que nous ne pourrions appréhender que par une écoute, afin de connaître et de comprendre l'individu qui est en face de nous.

Si la recherche clinique et l'économie de santé raisonnent nécessairement à l'échelle d'une population, n'oublions jamais qu'une société n'a de sens que par les hommes qui la composent.

Fort de ses nouvelles connaissances, le praticien devrait, à terme, être reconnu dans un nouveau rôle, faisant de lui un partenaire à part entière, contribuant à une approche globale de la santé du patient. Cette approche obligera les universités à faire évoluer la formation initiale. Celle-ci sera nécessairement prolongée par une formation continue qui commence dès l'obtention du diplôme de doctorat et se poursuit tout au long de la carrière professionnelle. La réforme des études, commencée il y a maintenant six ans et qui s'est traduite par une sixième année d'études en odontologie, est une étape. Gageons que la réflexion engagée à l'heure actuelle par nos dirigeants aboutira à intégrer mieux encore nos étudiants dans le secteur santé.

Ces futurs praticiens seront des généralistes reconnus à la fois pour les compétences diagnostiques et leur habileté manuelle. Ils seront distingués pour leurs connaisan-

ces médicales générales en immunologie, génétique, informatique, imagerie, mais aussi pour leur maîtrise technique.

En d'autres termes, nous verrons l'odontologie évoluer vers la médecine dentaire. Ceci n'est pas un rêve, c'est déjà, pour partie, une réalité.